师德师风、医德医风审核表（适用本院职工）

|  |
| --- |
| **一、基本情况** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 国籍 |  | 籍贯 |  | 宗教信仰 |  |
| 政治面貌 |  | 加入党派时间 |  | 所属支部 |  |
| 所在科室 |  | 职务职称 |  |
| 审核用途 | □申请研究生导师资格；□申报人才项目；□其他  |
| **二、党支部审核意见** |
| 党支部书记（签名）： 年 月 日  |
| **三、质量管理评价处审核意见**（上级部门要求审核医德医风时填写） |
| 负责人（签名）： 单位盖章： 年 月 日  |
| **四、教育处审核意见**（上级部门要求审核师德师风时填写） |
| 负责人（签名）： 单位盖章： 年 月 日  |
| **五、党委审批意见** |
| 负责人（签名）： 年 月 日  |

填表说明：本表请双面打印。